



J'adhère librement et volontairement à l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal et je m'engage à en observer les Statuts et les Règlements.

Prénom et nom : _____ No permis CMQ : _____

Adresse (pratique) : _____

Code postal : _____ Tél. pratique : _____ Tél. domicile : _____

Courriel : _____ Date de naissance : _____

L'Association agira en mon nom lorsque les intérêts des médecins omnipraticiens ou ceux de la profession l'exigeront.

En foi de quoi j'ai signé le ____ jour de _____ 20____

Signature du médecin